

Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas

Prenatal care among adolescents in Peru, a comparative analysis with adult women

Erika E. Atienzo^{1,a} Leticia Suárez-López^{2,b}, Melva Meneses-Palomino^{3,c}, Lourdes Campero^{2,d}

RESUMEN

Objetivos: Describir las prácticas médicas realizadas en la atención prenatal en mujeres en Perú e identificar si las prácticas de control prenatal (CPN) recibidas por mujeres adolescentes y adultas fueron distintas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y comparativo. Se utilizaron datos recolectados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar continua 2004-2008, con 994 adolescentes (15-19 años) y 12556 adultas (20-49 años). Se efectuaron comparaciones entre adolescentes y adultas en relación con las prácticas médicas efectuadas durante la atención prenatal. **Resultados:** El 50% de las adolescentes inició el CPN en el tercer mes de embarazo en comparación con la mitad de las adultas que lo inició en el segundo mes. La mitad de las adolescentes reportaron 7 visitas de CPN en total mientras que el 50% de adultas reportaron 8. Menor proporción de adolescentes reportó haber recibido algunas de las acciones y prácticas médicas que se efectúan durante la atención prenatal. **Conclusiones:** Las adolescentes inician la atención prenatal un poco más tarde que las mujeres adultas, tienen menos CPN y hay diferencias en las acciones efectuadas en los CPN. Esto sugiere que las adolescentes están en desventajas de recibir una atención prenatal que incluya todas las acciones recomendadas por la normatividad. Diversas estrategias deben ser planteadas para favorecer el acceso temprano a un control prenatal de calidad.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, embarazo en adolescencia, atención prenatal, servicios de salud, Perú. (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

Objective: To describe medical practices reported by women that received prenatal care (PNC) in Peru. Particularly, we aim to identify differences in the services provided to adolescents compared to adult women. **Methods:** Descriptive study. Data came from the Demographic Health Surveys 2004-2008 in Peru, which included information of 994 adolescents (15-19 years old) and 12 556 adult women (20-49 years old). Comparisons were made between adolescents and adult women regarding the practices received during prenatal care visits. **Results:** Among adolescents, 50% initiated PNC during the third month of pregnancy whereas half of the adult women started on the second month. Adolescents received 7 prenatal visits comparing to 8 in adult women. Comparing to

¹ School of Health and Related Research, The University of Sheffield. Sheffield, United Kingdom.

² Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

³ Hospital Distrital El Esfuerzo. Florencia de Mora, La Libertad, Perú.

^a Candidata a Doctor en Ciencias de la Salud;

^b Doctor en Ciencias Políticas y Sociales;

^c Maestra en Ciencias de la Salud;

^d Doctor en Educación

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

adult women, adolescents reported in lower proportions that they received some of the medical practices during prenatal care. **Conclusions:** Adolescents accessed PNC later than adult women. This suggests that they have less opportunities of receiving services that include all the medical actions recommended. Effective strategies should be implemented in order to promote an adequate and early prenatal care.

KEYWORDS: Adolescent, pregnancy in adolescence, prenatal care, health services, Peru. (**Source:** MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe, el embarazo adolescente representa un importante problema de salud pública. De acuerdo con el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, en 2011 había entre 25 y 108 por cada 1000 mujeres de 15-19 años que se convirtieron en madres (1).

A nivel internacional, se reconoce que para una adolescente el embarazo involucra mayores riesgos de salud en comparación con mujeres adultas (2-7). En Latinoamérica las menores de 16 años tienen cuatro veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con la maternidad en comparación con las de 20-24 (8). En Perú, como en muchos otros países de Latinoamérica, el embarazo en adolescentes también se percibe como un problema prioritario (9,10). En el periodo 2005-2010, la tasa de fecundidad de adolescentes fue de 72 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años (11). En el 2006, se estimó que 12,7% de las adolescentes de 15-19 años había estado alguna vez embarazada (12).

Desde décadas atrás se sabe que muchos de los problemas asociados al embarazo adolescente se pueden controlar con una atención prenatal adecuada, que permita identificar desde el primer trimestre del embarazo ciertas carencias y condiciones de riesgo (6). La atención prenatal, cuando se brinda con calidad, reduce riesgos importantes para el binomio madre-hijo (13). No obstante, se ha documentado que las adolescentes acuden en menor proporción al control prenatal (CPN) en comparación con adultas (14) y, cuando acuden, lo hacen de forma tardía o de forma no recurrente (6).

Teniendo en cuenta el cumplimiento de un mínimo de cuatro consultas recomendado por la OMS (13), la cobertura de la atención prenatal en las mujeres en general de Perú es de 93% en zonas urbanas (2005-2011) y 79% en el ámbito rural (15). Sin embargo, la evidencia del Perú sugiere que las madres adolescentes, particularmente de 10-14 años, tienen menores posibilidades de asistir al CPN en comparación con las adultas (16,17).

El objetivo de este trabajo fue describir las prácticas médicas realizadas en la atención prenatal a mujeres en Perú e identificar si las prácticas de control prenatal (CPN) recibidas por mujeres adolescentes y adultas fueron distintas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y comparativo con datos de fuente secundaria provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (Demographic and Health Survey) de Perú. El muestreo de la ENDES fue probabilístico, autoponderado por departamentos y áreas, estratificado, trietápico e independiente para cada departamento del Perú.

Para el levantamiento de la información se aplicó un cuestionario individual por cada mujer de 15-49 años presente en el hogar (18). En este estudio se utilizó información de mujeres de 15-49 años de edad que reportaron haber tenido al menos un hijo nacido vivo (HNV) en los cinco años previos a la encuesta. Debido a que el interés principal en este estudio fue la población adolescente y dado su reducido tamaño en la ENDES, se decidió analizar la información disponible del levantamiento de esta encuesta en 5 años distintos (2004 a 2008). Más información sobre la metodología de esta encuesta se encuentra disponible en otras publicaciones (18).

La principal variable fue la atención prenatal recibida por mujeres. Esta variable se definió como el auto-reporte de las mujeres sobre las acciones médicas realizadas en consulta durante el CPN del último embarazo. Se utilizó un conjunto de indicadores de acciones médicas de acuerdo a lo establecido en la Guía Nacional para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de Perú (RMN° 668-2004) (19): control de peso, toma de tensión arterial, medición de altura uterina, auscultación de latidos fetales, examen general de orina, muestra de sangre, vacunación antitetánica (2 o más dosis), consumo de hierro y muestra de sangre para detección de VIH/SIDA. Cada uno de estos indicadores se midió como variable dicotómica (1=Sí y 0=No).

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 1. Características sociodemográficas (%) de las mujeres por grupos de edad. Perú, 2004-2008^a.

Características	Todas (n=13 559)	15-19 años (n=994)	20-49 años (n=12 565)	P
Lugar de residencia				
Pueblo/campo	52,1	54,8	51,9	
Capital de departamento/ciudad	45,4	40,2	45,8	**
No reside habitualmente en el lugar	2,5	5,0	2,3	***
Tipo de lugar de residencia				
Rural	39,1	46,1	38,6	***
Urbano	60,9	53,9	61,4	***
Región de procedencia				
Lima metropolitana/costa	45,8	40,4	46,1	**
Sierra	38,9	33,6	39,2	***
Selva	15,3	25,9	14,6	***
Grupo étnico				
No indígena	87,4	88,0	87,3	
Indígena	12,6	12,0	12,7	
Nivel socioeconómico				
Muy bajo/bajo	38,6	47,4	38,0	***
Medio	23,0	26,7	22,7	*
Alto/muy alto	38,4	26,0	39,3	***
Años de escolaridad				
Menos de 7 años	37,6	34,2	37,8	*
De 7 a 9 años	12,8	29,5	11,7	***
De 10 a 13 años	33,0	36,1	32,8	
De 14 a 17 años	16,5	0,0	17,7	***
Estado conyugal				***
Soltera/Separada	15,3	31,2	14,1	***
Casada/conviviente	84,7	68,8	85,8	***
Número de hijos nacidos vivos				
Uno	32,3	89,0	28,3	***
Dos	25,2	10,5	26,3	***
Tres o más	42,4	0,5	45,4	***
Deseo del embarazo				
No lo deseaba	57,3	69,6	56,4	***
Si lo deseaba	42,7	30,4	43,6	***
Control prenatal en el último embarazo				
No	3,6	4,6	3,5	
Si	96,4	95,4	96,5	

^a Mujeres con al menos un hijo nacido vivo en los 5 años previos a la entrevista.

***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1 para la comparación entre adolescentes y adultas en cada categoría de respuesta.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Utilizando estadística descriptiva, se exploraron las prácticas de CPN y características sociodemográficas de las mujeres. Posteriormente se realizaron análisis bivariados para comparar entre adolescentes y adultas. Los análisis se realizaron con el programa Stata v.11 utilizando comandos específicos para muestreos complejos. El proyecto de investigación fue exonerado de revisión por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

RESULTADOS

En cuanto al perfil sociodemográfico de las mujeres, se encontró que el 7% fueron menores de 20 años (n=994) y 93% mayores de 20 (n=12565). La mediana de la edad fue 29 años. La mitad residía en pueblo/campo, predominantemente en un área urbana y en la región Lima metropolitana-costa. El 13% se identificó con algún grupo étnico. Al comparar entre adolescentes y adultas se encuentran diferencias notables en los perfiles sociodemográficos. Una mayor proporción de adolescentes vive en zonas rurales, proviene de la región de la selva y de hogares pobres. Al preguntar sobre su último embarazo, siete de cada diez adolescentes expresó que no deseaba el embarazo (Tabla 1).

Características de la atención prenatal

La mayoría acudió a atención prenatal en su último parto, sin diferencias en la cobertura en adolescentes y adultas. La mitad de las mujeres realizó la visita al primer CPN a los 3 meses; la mayoría acudió por primera vez en el primer trimestre del embarazo, y el 50% tuvo en total 8 controles (Tabla 2).

Comparando adolescentes y adultas, se identificaron diferencias significativas en el inicio del CPN y en el número total de visitas. El 50% de las adolescentes inició el CPN en el tercer mes de embarazo, mientras que la mitad de las mujeres adultas lo inició en el segundo mes ($p<0,01$). De igual forma, la mitad de las adolescentes tuvo siete controles en total, en comparación con las adultas donde el 50% tuvo ocho visitas de CPN ($p<0,05$) (Tabla 2).

En general, las prácticas médicas realizadas en menor proporción durante el CPN fueron las promocionales sobre la lactancia materna y PF, la prueba de detección del VIH/SIDA y la aplicación de dos o más dosis de la vacuna antitetánica, pues sólo la reportaron la mitad de todas las mujeres. Al comparar entre adolescentes y adultas se encontraron diferencias

Tabla 2. Características (%) de la atención prenatal por grupo de edad. Perú, 2004-2008^a.

Características	Todas (n=13002)	15-19 años (n=945)	20-49 años (n=12057)	p
Meses de embozo en el inicio de la atención prenatal				
0 a 3	73,5	57,3	74,6	***
4 a 6	23,5	37,3	22,6	***
7 a 9	3,0	5,4	2,8	***
Número de atenciones prenatales				
1 a 5	20,7	27,7	20,2	***
6 o más	79,3	72,3	79,8	***
Meses de embarazo en la última atención prenatal				
4 o menos	0,3	0,2	0,3	
5 a 7	4,7	4,2	4,8	
8 a 9	95,0	95,6	94,9	
Lugar en el que recibió atención prenatal				
Hospital del MINSA	16,6	18,2	16,5	
Centro salud del MINSA	34,7	39,3	34,4	*
Puesto salud del MINSA	35,4	42,4	34,9	***
Otro (EsSalud, FA, PNP, privado, otro)	21,9	8,7	22,8	***
Personal que proporcionó la atención prenatal				
Médico	30,8	23,4	31,4	***
Obstetriz	71,6	71,6	71,6	
Enfermera	18,8	21,1	18,6	
Otro (sanitario, promotor, partera, otro)	5,1	6,9	4,9	**

^aMujeres con al menos un hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta y que acudieron a control prenatal en su último embarazo.

*** $p<0,01$, ** $p<0,05$, * $p<0,1$ para la comparación entre mujeres adolescentes y adultas por cada categoría de respuesta.

estadísticamente significativas en algunas prácticas. Las adolescentes reportaron en menor proporción haber recibido toma de la tensión arterial, medida de altura uterina, y explicación sobre dónde acudir en caso de complicaciones. También se encontraron diferencias marginalmente significativas respecto al examen

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 3. Acciones y prácticas médicas efectuadas durante la atención prenatal (%) por grupo de edad. Perú, 2004-2008^a.

Acciones y exámenes	Todas (n=13 002)	15-19 años (n=945)	20-49	p
			años (n=12 057)	
Control de Peso	99,0	98,8	99,0	
Toma de tensión arterial	99,0	97,9	99,1	**
Medida de altura uterina	99,2	98,0	99,2	**
Auscultación de latidos fetales	97,8	97,5	97,8	
Examen de orina	81,7	78,6	81,9	*
Toma de muestra de sangre	80,5	80,6	80,5	
Vacunación antitetánica durante el embarazo ^b	54,4	50,9	54,7	
Tomó hierro durante el embarazo	72,3	69,3	72,5	
Toma de muestra para detección de VIH ^c	51,9	49,8	52,0	
Explicación de complicaciones durante el embarazo	84,4	81,0	84,7	*
Explicación de dónde acudir en caso de complicaciones ^c	97,2	95,1	97,4	**
Le dieron consejería sobre planificación familiar ^c	51,8	55,3	51,6	
Le dieron consejería sobre lactancia materna	48,5	43,9	48,8	*

^aMujeres con al menos un hijo nacido vivo en los 5 años previos a la entrevista y que acudieron a control prenatal en su último embarazo. El control prenatal se refiere a cualquier momento durante el embarazo.

^bDos o más dosis.

^cVariables con más del 10% de información faltante.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1 para la comparación entre mujeres adolescentes y adultas por cada categoría de respuesta.

general de orina, explicación de las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo y consejería sobre lactancia materna (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se exploraron las prácticas médicas efectuadas durante el CPN de acuerdo con lo referido por mujeres del Perú, buscando identificar si dichas prácticas cumplen con lo establecido en la Resolución Ministerial RMN°668-2004 de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de Perú. Particularmente, se exploró si existen diferencias entre las prácticas recibidas por adolescentes y adultas.

En términos generales se encuentra que las adolescentes inician la atención prenatal más tarde que las mujeres adultas. Si bien las adolescentes reportan un menor número de CPN, este número de visitas es elevado, cercano a siete en total. Según el MINSA del Perú el número mínimo recomendado es de seis (19), por lo que este requerimiento sí se cumple en las adolescentes. Al analizar los indicadores de las prácticas médicas, los resultados sugieren que menor proporción de ellas reciben algunas de las acciones

básicas en la atención prenatal en comparación con las adultas. De acuerdo con un estudio con madres adolescentes del Perú, el personal de salud no proporciona explicaciones claras durante la consulta prenatal sobre los términos utilizados para hacer el diagnóstico de su embarazo y en ocasiones expresan juicios sobre la precocidad de la adolescente (20). Además, existe amplia evidencia que sugiere que la atención prenatal que reciben adolescentes y adultas es distinta (6,14,16,17,21). Este estudio aporta cierta evidencia en este sentido.

Llama la atención que una elevada proporción de adolescentes reporta que su embarazo no fue deseado. De acuerdo a estudios en la región, son estas gestantes las que reciben un CPN menos adecuado o quienes lo inician tardíamente, con un menor número de visitas y seguimiento inadecuado (22, 23), lo cual podría estar relacionado con su intención de ocultar el embarazo a sus padres y/o comunidad (24). Futuros estudios deben explorar a detalle la asociación entre deseo del embarazo y atención a adolescentes.

En general, existe cierto debate en relación a si la atención prenatal para adolescentes debería ser

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

diferente de aquella brindada a adultas (17). En definitiva, los embarazos en adolescentes podrían tener desenlaces más favorables si se provee de una atención específica a sus necesidades (8). No obstante, las intervenciones con mayor probabilidad de éxito en esta materia serán aquellas dirigidas a prevenir el embarazo temprano en adolescentes (14, 25), un problema generalizado en la región.

Una contribución adicional de este estudio es que permite ubicar a las adolescentes dentro del contexto de la atención en general a todas las mujeres. En Perú las mujeres inician en su mayoría el CPN durante el primer trimestre del embarazo y cumplen con un número de consultas prenatales alentador. No obstante, es muy importante la evaluación de las acciones médicas que se les efectúa, ya que se encuentra que hay diferencias en las acciones y prácticas médicas que se realizan a mujeres adolescentes y adultas. El seguimiento de las acciones clínicas aquí analizadas es fundamental para valorar los numerosos riesgos que se pueden asociar a los embarazos y por tanto para garantizar resultados perinatales favorables.

Las acciones más comunes efectuadas a las mujeres peruanas durante la atención prenatal, tales como la medición de peso, tensión arterial y altura uterina, coinciden con los resultados obtenidos en las *Demographic Health Surveys* de 14 países (13). Si bien estas son sumamente importantes, otras prácticas también cobran un valor particular para garantizar un embarazo saludable. Como parte de un adecuado CPN es fundamental proporcionar información, y esto particularmente cuando se trata de adolescentes ya que se puede asumir que difícilmente tendrán otros espacios donde puedan conocer al respecto. Por ejemplo, en relación con los riesgos de un intervalo intergenésico corto, las ventajas de la lactancia materna, la prevención de VIH o su detección oportuna; no obstante, la consejería sobre estos temas se ejecuta en menor proporción.

A pesar de la mejora en la cobertura de atención prenatal que se ha dado en América Latina, en algunos países de la región y entre ellos Perú, aún existen inequidades para su acceso (13); las desigualdades socioeconómicas son aún determinantes importantes de la cobertura y calidad en el CPN en países en desarrollo (21,25).

Algunas limitaciones de este estudio deben señalarse. En primer lugar, la información proviene

del auto-reporte, existiendo la posibilidad de sesgos de memoria debido al tiempo transcurrido entre la última consulta prenatal y el momento de la entrevista. Por otro lado, la información representa únicamente la percepción de las mujeres y no la de los médicos. La identificación de las acciones médicas desde el reporte de las usuarias evidencia lo que está sucediendo en las visitas prenatales y ofrece constancia sobre el seguimiento de las recomendaciones para la atención de calidad (13). Se requieren también de investigaciones que aborden el reporte del personal de salud así como sus motivaciones para no efectuar las prácticas señaladas por el MINSA.

En segundo lugar, algunos indicadores sobre la atención prenatal no se incluyeron en el cuestionario y algunos otros presentan ciertas limitaciones metodológicas; por ejemplo, en este estudio se encontró con una alta proporción de datos faltantes en las bases de datos sobre la consejería en PF, la cual sí es considerada por la normatividad peruana (19). Por último, el cuestionario incluye información de mujeres de 15-49 años, por lo que no fue posible analizar la atención a menores de 15 con un embarazo. Estas gestantes son las que tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad asociada al embarazo, por lo que es fundamental documentar la atención que este grupo está recibiendo.

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta información valiosa. Los resultados son representativos para toda la población de mujeres peruanas en edad reproductiva, por lo que puede contribuir a la generación de políticas de salud materna en Perú, al subsanar en cierta medida la ausencia de estadísticas. La evidencia para este país es sumamente escasa, tanto en este tema como en otros de salud reproductiva en general, por lo que este estudio puede ser de utilidad para tomadores de decisiones y personal involucrado en la planeación de estrategias de salud.

De los resultados obtenidos se desprende que es fundamental que diversas estrategias sean planteadas para favorecer que la atención alcance un adecuado nivel en términos de contenido y calidad.

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

Este estudio no tuvo fuente de financiamiento. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría:

EEA supervisó el manejo de los datos, el análisis estadístico, la interpretación de los datos y contribuyó a la redacción del artículo. LSL planeó este estudio y supervisó y participó en el análisis estadístico y redacción de este artículo. MMP fue responsable del manejo de los datos; como parte de su tesis de Maestría en Ciencias de la Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública de México realizó los análisis preliminares de este estudio y elaboró un primer borrador de este manuscrito. LCC contribuyó a la planeación de este estudio, interpretación de los datos y revisión del artículo.

Correspondencia:

Leticia Suárez-López
Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, Sta. Ma. Ahuacatlán, CP
62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Teléfono: + (52) (777) 329 30 00 extensión 3455
Correo electrónico: lsuarez@insp.mx

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2011. El Salto de la Autonomía. De los márgenes al centro. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.
2. Cunningham J. What's so bad about teenage pregnancy? *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2001; 27(1):36-41.
3. Alves JG, Siqueira LC, Melo LM, Figueiroa JN. Smaller pelvic size in pregnant adolescents contributes to lower birth weight. *Int J Adolesc Med Health*. 2013; 12:1-4.
4. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(2):122.e1-122.e6.
5. Ozalp S, Tanir HM, Sener T, Yazan S, Keskin AE. Health risks for early (< or =19) and late (> or =35) childbearing. *Arch Gynecol Obstet*. 2003; 268(3):172-174.
6. World Health Organization. Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes. Geneva: WHO; 2007. (Citado el 13 diciembre del 2015) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650_eng.pdf
7. Koniak-Griffin D, Turner-Pluta C. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: a review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2001; 15(2):1-17.
8. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(2):342-349.
9. Casapia M, Joseph SA, Gyorkos TW. Multidisciplinary and participatory workshops with stakeholders in a community of extreme poverty in the Peruvian Amazon: development of priority concerns and potential health, nutrition and education interventions. *Int J Equity Health*. 2007; 6:6.
10. Organismo Andino de Salud; Convenio Hipólito Unanue; Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión Andina. Lima: ORAS, CONHU; 2009.
11. United Nations Fund for Population Activities. State of World Population 2013; Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2013.
12. Ministerio de Salud del Perú. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. 1ª edición. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud; 2009.
13. World Health Organization. Antenatal care in Developing Countries. Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials. 1990-2001. Ginebra: WHO; 2003.
14. Reynolds HW, Wong EL, Tucker H. Adolescents' use of maternal and child health services in developing countries. *Int Fam Plan Perspect*. 2006; 32(1):6-16.
15. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012.
16. Ryan JA. Adolescent pregnancy and low birth weight in the Peruvian Amazon. Montreal: McGill University; 2009.
17. Ryan JA, Casapia M, Aguilar E, Silva H, Joseph SA, Gyorkos TW. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents, late adolescents, and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 107(2):162-165.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 2004-2006. Informe principal. Lima: INEI; 2007.
19. Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Ministerio de Salud; 2004.
20. Blossiers C. Interaction between health personnel and young pregnant women during prenatal control: a qualitative study. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010; 27(3):337-344.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

21. Ribeiro ER, Guimaraes AM, Bettioli H, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9:31.
22. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009; 35(1):15-20.
23. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005; 88(2):168-172.
24. Lira J, Oviedo H, Zambrana M, Ibarguengoitia F, Ahued R. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecol Obstet Mex*. 2005; 73(8):407-414.
25. Gogna M, Binstock G, Fernández S, Ibarlucía I, Zamberlin N. Adolescent pregnancy in Argentina: Evidence-based recommendations for public policies. *Reproductive Health Matters*. 2008; 16(31):192-201.

Recibido: 25/03/2016

Aceptado: 30/06/2016